

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No 564

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean GORODICHE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 21 juillet 1903 à Paris

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES INDICATIONS OPÉRATOIRES
EN
CHIRURGIE GASTRO-DUODENALE**

**Doit-on, à ventre ouvert,
poursuivre une intervention,
lorsque manquent les signes anatomiques?**

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

126

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551623_0008

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean GORODICHE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 21 juillet 1903 à Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES INDICATIONS OPÉRATOIRES EN CHIRURGIE GASTRO-DUODENALE

Doit-on, à ventre ouvert,
poursuivre une intervention,
lorsque manquent les signes anatomiques?

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (E).. Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BULLJARD..... Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
FEY..... Urologie.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL..... Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENEAU.. Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
HAZARD..... Pharmacologie.
HUGUENIN..... Anatomie pathologique
JOANNON..... Hygiène.
LABBE (Henri). Chimie biologique.
LACOMME..... Obstétrique.
LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
OBERLING..... Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
RICHET..... Physiologie.
SANNIE..... Chimie biologique.
SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
TROISIERS Pathologie expérimentale
TURPIN..... Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH..... Pathologie chirurgicale
BESANÇON.... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCO Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.
 FREY..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE ÉTIENNE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait l'honneur de
présider cette thèse.*

A MES MAITRES DANS L'INTERNAT

- 1929 A M. le Docteur METZER
1930 A M. le Docteur HEITZ-BOYER
1930 A M. le Docteur PICOT
1931 A M. le Docteur MOURE
1932 A M. le Docteur DESMARET
1932-1933 A M. le Docteur GERNEZ
1933-1934 A M. le Docteur MOURE
1934-1935 A M. le Docteur J.L. ROUX-BERGER

A Monsieur le PROFESSEUR PAUL LECÈNE

In Memoriam

A Messieurs les Docteurs :

MOULONGUET,

D'ALLAINES

HUART,

CHASTANG,

ISELIN,

GÉRARD-MARCHANT,

DIAMANT-BERGER.

A MON ONCLE
LE DOCTEUR J.A. HERTZ

A mon ami, le Docteur PIERRE JOURDAN

INTRODUCTION

La chirurgie gastro-duodénale a pris, dans l'après-guerre une extension telle, qu'elle est en passe de devenir, du moins dans les services hospitaliers de Paris, aussi courante que la gynécologie dans la période précédente:

Le fait même qu'elle tend à être pratiquée par toutes les mains, nous a paru justifier une étude de ses indications.

Dans la pratique chirurgicale actuelle, si le diagnostic, l'indication thérapeutique, sont étudiés avec le plus de précision possible, en cours d'intervention, ce sont les seules lésions anatomiques qui décident de l'intervention à faire, de sa forme, de son étendue, des risques que ces lésions justifient de faire courir au malade.

Il en est de même en chirurgie gastro-duodénale. Cependant l'intervention n'est actuellement que rarement décidée, si l'on n'a pas trouvé de signes radiologiques précis. Ceux-ci se trouvent donc être à la base de l'indication opératoire.

Certains gastropathes ont été plus loin, et, se basant

sur leurs statistiques, ont affirmé qu'un diagnostic radiologique de lésion gastro-duodénale pouvait primer les constatations opératoires et justifier une intervention que l'examen de la pièce montrera avoir été nécessaire.

Le Docteur René Gutmann, dont tout le monde reconnaît la compétence en gastrologie tant clinique que radiologique, écrit dans « *Les Syndrômes douloureux de la région épigastrique* » : « La concordance absolue de la clinique et de la radiologie, si l'une et l'autre sont typiques, prime les constatations que le chirurgien peut faire à l'opération » (t. I, p. 114).

Dans la pratique, lorsqu'il arrive à un chirurgien, qui est intervenu pour *explorer* l'estomac et le duodénum de ne pas trouver de signes anatomiques le problème de l'intervention à pratiquer, de son choix, ou de l'abstention, est réellement angoissant. Suivant le tempérament de chacun, suivant le cas particulier la conduite sera variable. Et si une opération a été faite, l'opérateur ne pourra se retenir d'avoir des scrupules, pour une intervention pratiquée parfois inutilement.

Avec Gutmann c'est devant une règle bien établie qu'on se trouve. Le dilemme n'existe plus. C'est ce point précis que nous voudrions discuter. Peut-on, doit-on, à ventre ouvert, intervenir, sur les seuls signes radiologiques et cliniques d'ulcères gastro-duodénaux ?

OBSERVATIONS

Avant de songer à discuter une règle dont la portée est considérable si on l'accepte, nous voulons exposer les faits qui ont poussé à étudier ce problème et qui semblent, de prime abord, donner raison à Gutmann.

Il s'agit des trois observations dont deux proviennent du service de notre maître le Docteur J.L. Roux-Berger et dont la troisième nous a été obligeamment communiquée par le Docteur Deniker. Nous avons pensé que trois exemples suffiraient. Il ne s'agit pas en effet d'un mémoire, mais seulement de la discussion d'une règle pour laquelle ces trois exemples nous ont paru suffisants.

OBSERVATION I

Mme F. C., 32 ans, sans profession, est adressée dans le service du Dr J.L. Roux-Berger en décembre 1932 avec le diagnostic d'ulcère de la petite courbure. Elle souffre depuis plus d'un an de douleurs épigastriques discontinues, à horaire variable, tantôt suivant l'ingestion des aliments, tantôt plus tardives.

Jamais elle n'a présenté de vomissements ni n'a remarqué la présence de sang dans ses selles. Ces douleurs ne sont pas quotidiennes. Elle souffre huit, dix, quinze jours, et, soit effet du régime et du traitement, soit spontanément, les douleurs s'atténuent puis disparaissent presque complètement pendant un à deux mois, parfois plus. C'est pour ces douleurs qu'elle est venue consulter. Par ailleurs bien réglée, deux enfants, une fausse-couche. Rien à signaler à l'examen génital, ni à l'examen du poumon, du cœur et des vaisseaux. L'examen montre peu de chose. L'abdomen est plat, la femme est maigre sans excès, on ne trouve aucun point douloureux à la pression de l'épigastre ni des fosses iliaques.

Les radiographies en série de l'estomac et du bulbe duodénal sont assez précises. Il existe à la partie haute de la petite courbure, dont toute la partie verticale est rigide, une niche, petite, sans niveau liquide, mais constante sur les 3 clichés pris à son niveau.

Une laparotomie sus-ombilicale est pratiquée le vingt décembre 1932 par le Dr J.L. Roux-Berger.

En voici le compte-rendu opératoire :

« Après exploration minutieuse de l'estomac, ouverture de l'arrière-cavité des épiploons qui est libre, on ne trouve, ni sur la petite courbure, ni au niveau du duodénum, de signe visible ou palpable d'ulcère.

L'estomac est ptosé, mais on ne croit pas devoir pratiquer une intervention dans ces conditions.

Le cœcum est facilement attiré dans la plaie épigastrique. L'appendice ne présente pas de lésions apparentes. Appendicectomie. La vésicule biliaire, non tendue, est parfaitement souple. Rien ne paraît anormal sur le mésocolon.

Paroi aux crins perdus ».

Les suites opératoires sont des plus simples. La malade sort le seizième jour sans avoir souffert depuis son opération.

La malade n'est revue à la consultation du Dr Roux-Berger que deux ans plus tard, le 16 novembre 1934.

Depuis l'opération elle s'est sentie mieux pendant 18 mois, sans toutefois avoir de trêve totale pour ses douleurs, malgré un régime suivi régulièrement. Mais elles ont perdu leur caractère de périodicité et se sont atténuées. Cependant depuis un mois environ elles ont repris avec intensité et la malade est renvoyée chez le Dr Brulé où sont faites de nouvelles épreuves radiographiques.

Celles-ci montrent une niche de la petite courbure située au même niveau que lors du précédent examen radiographique et une rigidité de la petite courbure plus étendue rendant celle-ci oblique de haut en bas et de gauche à droite.

La malade est réopérée par le Dr Roux-Berger le

27 novembre 1934 et voici son second compte rendu opératoire.

« Laparotomie médiane sus-ombilicale. Foie très adhérent. Très haut sur la petite courbure on trouve une tache blanchâtre se recouvrant d'un piqueté rosé à la friction par une compresse. A ce niveau l'épiploon adhère sur une très large étendue. Il existe dans toute cette zone une induration considérable. Cette lésion correspond exactement sur la radiographie à l'emplacement de la niche ci-dessus décrite ayant en face d'elle un anneau de contraction.

Le pancréas est gros mais souple faisant saillie au-dessus de la petite courbure.

Gastrectomie large, passant au ras du pylore à droite, juste au-dessus de l'ulcère en haut. La section de l'estomac crisse sous le bistouri au niveau de la petite courbure.

Anastomose iléo-gastrique à la Polya. Abaissement relativement facile de la bouche à travers la brèche du mésocolon transverse. Paroi aux crins perdus. Drainage par une petite mèche cellophane.

L'examen de la pièce montre une zone rouge, œdématisée, indurée, sans destruction muqueuse, à la limite de section de l'estomac au niveau de la petite courbure ».

Les suites opératoires sont simples : la température oscille autour de 38°5 du 3^e au 6^e jour. Ablation de la

mèche le 5^e jour. Sortie du service le 18^e jour.

Revue le 15 mars 1934 en très bon état.

OBSERVATION II

M. S. L.... 58 ans, manœuvre, entre dans le service du Dr Roux-Berger en septembre 1932 pour des douleurs à siège épigastrique à irradiations dorsales apparues il y a 18 mois, mais qui se sont accentuées depuis 3 mois surtout. Le malade n'a jamais présenté de périodes d'accalmie. Les douleurs sont quotidiennes et surviennent une heure et demie après le repas.

Elles sont calmées par la belladone, les pansements gastriques et sont parfois accompagnées de vomissements bilieux, non sanglants, calmés par l'atropine.

Le malade n'a jamais remarqué la présence de sang dans ses selles. Il a maigri de neuf kilogrammes depuis 6 mois malgré un appétit conservé.

Emphysémateux, le malade a eu une pleurésie séro-fibrineuse en 1915, une pneumonie en 1918. Le sommet pulmonaire droit est suspect au point de vue clinique et radiologique. On n'a pas trouvé de B.K. dans les crachats, même au cours de petites hémoptysies ayant duré plus d'une semaine en août de la même année.

L'examen de l'abdomen, difficile, montre une légère défense de la partie haute des grands droits, plus

marquée à droite. Il existe un point douloureux épigastrique net.

Les radiographiques, médiocres, montrent cependant une niche de la partie moyenne de la petite courbure visible sur 2 clichés. Sur un troisième cliché on voit seulement une encoche spastique au même niveau sur la grande courbure.

Le malade est opéré le vingt septembre 1932 par Etienne Bernard, interne du service.

« Laparotomie médiane sus-ombilicale. Foie volumineux, adhérent au colon par des brides lâches. Nombreuses brides et voiles péritonéaux dont la libération est facile.

L'estomac qui se contracte sans arrêt est difficile à explorer. Cependant après ouverture de l'arrière cavité qui est libre on ne trouve, tant sur la petite courbure qu'auprès du duodénum aucun aspect, aucun signe de palpation, permettant de reconnaître un ulcère ou une néoplasie gastrique.

Le pylore est épais mais souple. La vésicule est souple, adhérente au colon, mais non coudée. On ferme la paroi aux crins perdus ».

Suites des plus simples. Sortie le 14^e jour.

Le malade est revu le 3 février 1933 souffrant moins, se plaignant des crins perdus.

Le 25 juin 1934, le malade se plaint de douleurs beaucoup plus vives depuis 15 jours. A cette date

sont apparus des vomissements qui sont quotidiens et le malade reste à l'hôpital. On pratique une nouvelle série d'examens radiographiques. Ceux-ci montrent une niche de la petite courbure qui est constante de forme et de siège sur quatre clichés mais ne se voit pas sur deux autres radiographies.

Malgré tout le malade est réopéré le 13 juillet 1934 par le Dr Jourdan, assistant du service.

« Laparotomie médiane sus-ombilicale. Adhérences nombreuses et serrées. Sur la partie moyenne de la petite courbure existe une large tache blanche. La palpation permet de sentir à son niveau une large zone indurée. Prise entre pouce et index, il existe une cupule où pénètre toute la pulpe du doigt.

Gastrectomie par le procédé de Finsterer après section du duodénum tout près du pylore. Suture gastrique haute assez précaire. Paroi aux crins perdus, 2 mèches cellophanes.

L'examen de la pièce montre que la section gastrique passe à 4 cm. au-dessus de l'ulcère. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un ulcère non néoplasique ».

Les suites sont simples — et le malade sort de l'hôpital le 20^e jour après l'intervention.

OBSERVATION III

M. M. J. âgé de 32 ans entre dans le service du Dr Deniker le 29 janvier 1934, envoyé par le service du Dr Brulé avec le diagnostic d'ulcère de la petite courbure. Le malade se plaint de brûlures épigastriques, que soulagent les vomissements, apparues il y a quelques mois.

Il n'a jamais présenté de crises douloureuses gastriques véritables, mais a maigri de plusieurs kilos. A fait une petite hématurie mais n'a jamais présenté de méloena. Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents.

Des radiographies en série montrent une niche de la portion pré-antrale de la petite courbure.

Médiane sus-ombilicale le 29 février 1934 par le Dr Deniker. L'exploration de l'estomac, du bulbe duodénal, après ouverture de l'arrière cavité ne montrent aucun signe apparent ou palpable de lésion gastrique. Vésicule normale. Paroi aux crins perdus.

Le malade sort du service le 16^e jour.

Il revient dans le service le 15 février 1935 parce que depuis 15 jours ses douleurs, qui n'avaient pas complètement disparu, se sont exacerbées au point de l'obliger à restreindre considérablement son alimentation. Il a maigri de 8 kilos depuis 15 jours. Des radiographies sont pratiquées à nouveau et montrent

une niche de la petit courbure au même niveau que la précédente ; on pourrait les croire superposables sur certains clichés.

Opération le 23 février 1935 par Esquirol, interne du service.

« Médiane sus-ombilicale. Adhérences nombreuses et serrées du foie et de l'estomac au péritoine pariétal antérieur. Libération pénible. L'exploration de l'estomac montre, au tiers inférieur de la petite courbure, une zone blanchâtre, indurée, sur une surface voisine de celle d'une pièce de dix francs.

Gastrectomie avec anastomose à la Polya trans-mésocolique. Un petit drain. Paroi en I, plan aux fils de bronze.

L'examen de la pièce montre un ulcère calleux de la petite courbure, non néoplasique, comme l'a montré l'examen histologique.

Le 20^e jour, s'écoule un peu de liquide duodénal par le pertuis d'un des fils de bronze. Cette fistule est fermée en 3 jours et le malade sort le 18 mars du service ».

* * *

Que peut-on déduire de ces trois observations ?

A notre avis, le fait essentiel est la constance du siège de l'image radiologique dans les 3 cas, au premier et au second examen, qui permet de conclure

qu'il s'agit d'une seule et même lésion. Nous ajouterons l'intervalle libre très long, en apparence, entre les deux interventions, et qui est dû au seul fait du repos gastrique et du régime suivi plus sévèrement après une intervention chirurgicale et pendant une convalescence.

Enfin il s'agit dans les trois cas d'ulcères de la petite courbure, dont les signes radiologiques ne prêtent pas à l'erreur comme ceux de l'ulcère duodénal.

Ces trois faits qui semblent donner raison à Gutmann et justifier l'exérèse gastrique sans qu'on ait découvert la lésion anatomique, posent précisément avec acuité le problème auquel nous cherchons une solution.

*
* * *

Ce qui choque, au premier abord, dans la proposition de Gutmann, c'est son opposition avec l'esprit chirurgical de notre époque. Si l'on excepte :

D'une part la chirurgie exclusivement palliative (Gastrostomie pour cancer de l'œsophage, anus contre nature dans l'occlusion intestinale, cystostomie dans la rétention d'urine, etc.);

D'autre part la chirurgie d'inspiration physiologique (chirurgie du sympathique, des glandes endocrines par exemple) dont le but est d'agir à distance et sans que soit vue ou découverte la lésion.

Toute la chirurgie actuelle consiste à serrer au plus près la lésion anatomique qui seule justifiera et guidera l'intervention. L'exérèse de la lésion anatomique reste le fondement de la thérapeutique chirurgicale.

Si l'on admet que l'antrectomie, tout en étant d'inspiration physiologique, ne comporte pas d'action à distance, mais une action de contiguité, on comprend que la lésion, le dégât anatomique soit la seule raison de la chirurgie gastrique.

Mais cet argument, purement dogmatique, ne constitue en rien une preuve contre la proposition de Gutmann et seuls les faits pourront nous faire conclure à son acceptation ou à son refus.

S'il existe, en effet, des éventualités, où, sans avoir la certitude de la lésion anatomique, le doute fait pratiquer l'exérèse organique (nous ne citerons que l'exemple frappant de l'hystérectomie après la ménopause, sur le soupçon d'un cancer du corps utérin).

Il faut cependant avant de mettre en pratique cette règle en chirurgie gastro-duodénale, avoir la preuve de son utilité, ou au minimum de son innocuité.

Avant tout il nous faut comparer la valeur respective des signes anatomiques et radiologiques et nous les étudierons séparément pour serrer le problème de plus près.

L'EXPLORATION RADIO-CLINIQUE

Celle-ci comporte une série d'examens classiques conduisant au diagnostic pré-opératoire. Sans sortir positivement du domaine chirurgical, ces examens sont, en règle, approfondis, lorsque le chirurgien verra le malade.

Nous résumerons brièvement ces examens.

Cliniquement, les caractères essentiels du syndrome ulcéreux sont les crises douloureuses à horaire à peu près fixe, leur évolution par périodes entrecoupées de phases de calme plus ou moins complet.

Radiologiquement, le seul signe patent d'ulcère est la niche de Haudeck, avec ou sans niveau liquide, vue de face ou de profil. De profil elle se voit surtout au niveau de la petite courbure. De face elle est particulièrement fréquente au niveau du duodénum. C'est cette dernière surtout qui peut être d'interprétation difficile et demande des radiographies parfaites, et souvent un spécialiste pour les lire.

Mais pour le chirurgien il est une question essentielle qui se pose : *Quel est le taux de sécurité* que donne l'exploration radiologique ?

Moutier, il y a quelques années, disait : « Il n'y a pas de signes radiologiques de l'ulcère duodénal, et peu de signes de l'ulcère gastrique ». Cette opinion, trop défaitiste, a été controuvée depuis l'emploi des radiographies en série, dont le promoteur est Akerlund. Ce dernier qui assistait à l'opération de tous les malades dont il avait exploré radiologiquement le tube digestif, donnait, comme statistique, le chiffre de trente pour cent d'erreurs.

Mais Gutmann donne comme taux *maximum* d'erreurs cinq pour cent. Outre que ce chiffre nous paraît très minime il est patent que tout chirurgien n'a pas à sa disposition Calderon comme radiologue et Gutmann pour interpréter les clichés. Bien souvent, au contraire, à l'hôpital, comme en dehors de lui, le chirurgien doit seul interpréter des clichés médiocres. Le taux de sécurité de l'exploration radiologique nous paraît ne pas pouvoir être supérieur, *dans la pratique courante* au chiffre de soixante-dix pour cent d'Akerlund, qui peut-être est même trop fort. Il reste bien entendu, que l'on ne peut que déplorer ce fait mais il est patent. Et c'est avec lui qu'il nous faut compter. Il faut donc admettre que le seul diagnostic radioclinique comporte environ *un tiers d'erreurs*.

L'EXPLORATION ANATOMIQUE

Dans les observations que nous publions, cette exploration aboutit à zéro.

Mais avant d'arriver à ce résultat négatif, il faut que l'examen soit poussé à fond. Nous n'insisterons pas sur les erreurs, les fautes possibles, nous bornant à exposer la méthode que nous croyons devoir être constamment suivie lorsqu'on aborde la chirurgie gastro-duodénale.

Dès ouverture du péritoine, il faut examiner les organes en place avant d'extérioriser estomac ou colon. Une coudure, un spasme, une bride, une zone hyperémiée, pourront orienter les recherches. Alors qu'une fois sorti de la cavité péritonéale, traumatisé, l'estomac le plus souvent, ne se contracte plus, rougit sous les tracteurs, doigts, compresse ou pinces.

L'examen portera tout naturellement, en premier lieu sur la face antérieure. Elle est d'accès facile même à sa partie haute.

Puis, dès que l'estomac est sorti, on examinera la face antérieure de la première portion du duodénum.

On ne peut pousser l'exploration plus loin sans

ouvrir l'arrière cavité des épiploons, si l'on n'a rien trouvé. C'est le seul moyen qui permette d'explorer la face postérieure et les deux courbures de l'estomac. Enfin il faut toujours explorer les voies biliaires et plus particulièrement la voie accessoire. Les fausses images d'ulcère duodénal, dues à une cholécystite, sont classiques et sortent du cadre de notre sujet.

Quels sont les signes qu'on peut observer en explorant ainsi l'estomac et le duodénum. Nous les grouperons schématiquement en signes visuels et signes tactiles.

LES SIGNES VISUELS

Le plus classique est la cicatrice blanche, variable de surface, de coloration, de forme.

Elle est cependant très caractéristique, donnant l'impression d'un pôle d'attraction sur les tissus voisins.

Il s'y ajoute souvent un aspect de rigidité de la portion voisine de l'estomac ou du duodénum, beaucoup moins net cependant que dans l'exploration radiologique.

Moins nette est l'hyperémie locale, spontanée, ou provoquée par la friction douce à la compresse, véritable rosée sanglante décrite par Toupet.

Enfin on peut trouver un ulcère perforé obturé par

de l'épiploon ou un organe voisin. Tous ces signes sont suffisamment nets pour permettre de faire le diagnostic, mais ils n'existent pas toujours.

LES SIGNES TACTILES

Il faut alors palper tout l'estomac méthodiquement. On peut trouver une induration localisée, soit au niveau des faces, soit au niveau du pylore, où elle est plus difficile à apprécier, soit au niveau d'une courbure.

On peut aussi percevoir un cartonnage, véritablement enchatonné dans la paroi, voire même percevoir une cupule rigide à travers les tuniques gastriques dans laquelle pénètre la pulpe du doigt explorateur.

Il peut exister en outre de l'œdème des mésos, une adénopathie.

Tels sont, rapidement passés en revue, les signes classiques de l'ulcère. Quelles erreurs peut-on commettre à leur sujet ?

Il ne faut pas confondre la cicatrice d'un ulcère avec les voiles membraneux, les brides, les adhérences d'une périgastrite ou d'une périoduodénite, pas plus qu'un gros pylore musculaire ne doit faire faire d'erreur.

Mais ce n'est pas là que réside le véritable problème ; il réside dans la question suivante : peut-on malgré

un examen anatomique complet, passer à côté d'une lésion macroscopique ? et si oui, quel taux d'erreur donnera l'exploration à ventre ouvert de l'estomac et du duodénum ?

Si l'on se reporte à des données anatomiques il apparaît comme évident que ne seront visibles que les ulcères ayant retenti sur les trois tuniques de l'estomac : muqueuse, musculeuse et séreuse et que seules les lésions ayant atteint au moins la musculeuse, seront perceptibles au palper.

Les nombreuses observations d'hématèmes où l'on n'a rien trouvé à l'exploration viennent corroborer ce fait. L'examen anatomique de la pièce, quand le chirurgien l'a eue en mains, a seul montré une petite ulcération muqueuse.

Si, au niveau du duodénum, où les tuniques sont minces, et au niveau des faces, où l'exploration est aisée, une lésion même peu importante, passe difficilement inaperçue, il n'en est pas de même au niveau de la petite courbure. Si on se trouve dans les conditions analogues, à son niveau, en ce qui concerne l'exploration visuelle, il n'en est pas de même en ce qui concerne la palpation. On tient là, de champ, entre pouce et index une épaisseur d'au moins un centimètre de tunique gastrique, à laquelle s'ajoute la double insertion du petit épiploon d'une part, le paquet vasculaire artério-veineux et lymphatique d'autre part.

Découvrir à ce niveau une simple ulcération muqueuse par la palpation, est absolument illusoire. On comprend donc aisément que parfois, une exploration des plus minutieuses, ne révèle aucune lésion appréciable à ce niveau.

D'ailleurs les trois observations que nous avons publiées, concernent toutes trois des lésions de la petite courbure, et nous croyons que c'est à ce niveau surtout, où les signes radiologiques, nous l'avons dit, prêtent rarement à confusion, que peuvent manquer totalement, lors d'une laparotomie exploratrice, les signes anatomiques.

Mais encore faut-il compter avec les signes douteux : dissociation des signes visuels et des signes fournis par le palper qui, au niveau de la petite courbure, étant donné ce que nous venons de dire, revêt un caractère important, les seuls signes visuels pouvant, devant même entraîner la sanction opératoire, si les signes radiologiques sont nets ; ainsi que les signes discrets de palpation, eux aussi d'importance capitale au niveau de la petite courbure et pour la même raison.

C'est d'ailleurs pour des cas semblables que certains auteurs ont proposé la gastrotomie, voire la diaphanoscopie. Sans rejeter formellement ces deux modes d'exploration, de l'avis même de ceux qui les ont prônés, (et il en est de même de la gastroscopie) les résultats en sont décevants. Le pourcentage d'erreurs,

omission d'un ulcère, est de l'ordre de 40 % (Moutier). Les lésions visibles par gastrotomie sont surtout des lésions étendues de la muqueuse, et en particulier les gastrites.

Aussi croyons-nous pouvoir rejeter ce mode d'exploration, qui n'apporte pas la sécurité, s'il s'est montré négatif.

Le second problème est celui dont précisément la solution est recherchée dans ce travail.

Si l'on adopte une logique un peu sommaire on peut le poser comme une balance des risques et des résultats de l'acceptation de la règle de Gutmann ou de son refus.

LE REFUS DE LA PROPOSITION GUTMANN

Il faut envisager l'éventualité dans les rares cas où existe un ulcère passé inaperçu et dont nous avons donné 3 observations.

Quels sont les risques que fait courir à un malade porteur d'un ulcère gastrique, la simple exploratrice non suivie de thérapeutique chirurgicale. Nous croyons pouvoir affirmer qu'ils sont insignifiants, de l'ordre de 1 pour 100 au maximum.

En effet, après une simple exploratrice chez un malade présentant un syndrome douloureux épigastrique, quelle sera la règle imposée au malade après la cicatrisation opératoire ? Une surveillance médicale aussi sévère que possible, un régime strict que le malade observera, pendant au moins un certain temps. On comprend donc l'amélioration qu'on observe chez ces malades où l'on n'a rien trouvé à l'exploration, auxquels on n'a rien fait. Il s'ensuit que les complications graves, aiguës, propres à l'ulcère gastro-duodéal, sont exceptionnellement observées.

Le malade qui a subi une laparotomie exploratrice

est mis à l'abri de sa maladie pour un certain temps.

Le risque ne relève donc que de l'intervention itérative, lorsque l'ulcère, continuant d'évoluer, amènera le malade à consulter à nouveau.

Ce risque, sans être négligeable, est cependant minime. Celui de la première opération se réduit véritablement à peu de chose. Il est bien rare qu'un acte chirurgical limité à l'exploration du segment gastro-duodénal du tube digestif, ait d'autres conséquences que le désagrément subi par le malade.

Restent les risques de la seconde intervention. Sont-ils augmentés par rapport aux risques qu'eût fait courir la même opération pratiquée la première fois ? Sans hésitation on peut répondre par l'affirmative. Dans les trois observations que nous publions, des difficultés inhérentes à la première opération ont compliqué l'intervention. Cependant cette aggravation est minime et nous ne pensons pas qu'elle risque d'élever de plus de 1 % le taux de mortalité de la chirurgie gastro-duodénale.

Quant à la fréquence de l'événement, dont nous avons pu recueillir trois cas, elle est difficile à déterminer.

Cependant on peut retenir les chiffres suivants :

Dans le service de notre maître le Dr Roux-Berger, nous en avons trouvé deux cas, en trois ans, sur 217 ulcères opérés. Cela représente un pourcentage de moins de 1 %.

En admettant qu'un certain nombre de malades ayant subi une laparotomie exploratrice non suivie d'une opération gastrique, soient guéris, ou n'aient pas été revus, on peut affirmer que le chiffre de 5 % est un maximum qui n'est certainement pas atteint.

Si l'on accepte ces données : risque opératoire de la première intervention : 1 % — risque supplémentaire de la seconde intervention : 1 %. On obtient le total de 2 % d'aggravation sur un chiffre de 5 % de la totalité des ulcères opérés. Le taux de 1 pour mille que nous donnons représente au maximum (puisque nous avons pris des chiffres forts), les risques supplémentaires que fait courir le refus de la proposition de Gutmann.

EMPLOI DE LA PROPOSITION

GUTMANN

En comparaison quel taux d'aggravation donnera l'emploi de la proposition de Gutmann. Nous croyons pouvoir donner un chiffre d'environ 5 % en ce qui concerne les risques tant vitaux que fonctionnels.

Nous ne devons en envisager l'éventualité que dans les cas où l'intervention, décidée à ventre ouvert, en l'absence de signes anatomiques s'avère inutile, pièce en mains.

Nous avons déjà dit que le taux d'erreur de la pratique courante radiologique est aux environs de 30 % dans son ensemble.

Admettant que ce sont les ulcères de la petite courbure qui surtout échapperont à l'exploration du chirurgien et que ceux-ci font commettre moins d'erreurs radiologiques que les ulcères duodénaux, on peut réduire ce taux à 20 % environ.

Or le risque que fait courir aux malades l'emploi de la règle Gutmann est celui de l'opération inutile, ou mieux, non indiquée. En dehors du fait moral, nous en envisagerons les risques vitaux et fonction-

nels. Nous distinguerons encore leurs conséquences sur un estomac sain, dans la gastro-entérostomie et la gastrectomie.

En ce qui concerne les risques vitaux de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie pour ulcères, toutes les statistiques sont d'accord pour donner le chiffre de 2 à 2,5 % pour l'une comme pour l'autre intervention. En admettant qu'en opérant un estomac sain on puisse avoir des résultats meilleurs nous donnerons le chiffre approximatif de 2 %.

Mais surtout il faut envisager les conséquences fonctionnelles de ces deux interventions.

Une gastrectomie pratiquée sur un estomac sain peut ne pas donner de troubles graves, mais en aucun cas n'apporte d'amélioration des troubles fonctionnels préexistants. Au contraire et assez souvent la gastrectomie la mieux faite laisse des séquelles, parfois peu importantes, parfois sévères, mais semblables, quel qu'ait été le mode de gastrectomie pratiqué. Qu'il s'agisse de vomissements, de douleurs, de l'obligation de laver l'estomac, de suivre un régime, tous ces troubles surviennent dans un cinquième des cas, précocement ou tardivement.

Mais c'est surtout la gastro-entérostomie intempestive qui donne de véritables catastrophes fonctionnelles.

Or il faut bien le dire, quelles que soient les idées

préconçues d'un chirurgien mis en présence d'un estomac où n'apparaît pas de lésion évidente, il adoptera plus volontiers l'idée d'une gastro-entérostomie, moins choquante, apparemment moins grave, plus facile aussi à exécuter, que d'une gastrectomie. Et, nous l'avons dit, l'erreur radiologique porte davantage sur le duodénum que sur la petite courbure, et, par suite, si le chirurgien admet le diagnostic radiologique, fera logiquement, en suivant les lois les plus établies, plus fréquemment une gastro-entérostomie qu'une gastrectomie.

Or, une gastro-entérostomie pratiquée sur un estomac sain, fait de ces faux gastriques qu'ils étaient de véritables infirmes.

Les travaux sont nombreux qui ont montré les conséquences, les complications de la gastro-entérostomie, pratiquée sur un estomac malade. Il est patent que les suites fonctionnelles seront pires encore en cas d'intervention inutile.

On peut les classer en troubles précoces et tardifs, d'où émergent deux complications essentielles :

le *circulus viciosus*,

l'ulcère peptique.

Le *circulus viciosus*, considéré longtemps comme un phénomène mécanique est essentiellement un trouble physio-pathologique et sa fréquence, quelle que soit la forme de l'anastomose, est à peu près la

même. On l'observe chez 5 à 15 % des gastro-entérostomisés.

Précoce, aigu, il est curable, soit spontanément, soit par réintervention, quoique cette opération itérative chez un malade fatigué ne soit pas sans danger. Surtout, il faut savoir réintervenir sans attendre que la période de déshydratation soit survenue et il suffit parfois de quelques heures de tergiversation pour perdre un malade.

Il est possible que ces formes aiguës, dues en partie pour M. le Professeur Pierre Duval, à une intervention pratiquée en période de crise ulcéreuse, se voient plus rarement dans les cas que nous envisageons ici, qui rappelons-le, ne comportent pas de lésion gastrique.

Mais ce sont surtout les formes chroniques, tardives qui se rencontrent ici. Les malades souffrent de l'estomac, présentant des vomissements, par crise, ou continuels. La thérapeutique médicale reste impuissante et l'intervention montre peu de lésions extrinsèques, pas de lésions des muqueuses.

Parfois malgré une gastrectomie complémentaire les malades ne sont que partiellement améliorés.

Mais à côté de ces troubles fonctionnels il existe une complication anatomiquement décelable des gastro-entérostomies : l'ulcère peptique, complication grave, pouvant aboutir à la fistule jéjunocolique.

Sans tendance à la guérison spontanée, l'ulcère peptique est grave par la sanction thérapeutique qu'il impose : l'opération de Roux qui semble seule mettre à l'abri des récidives.

Sa fréquence varie de 1,7 % à 6 % suivant les statistiques et complique plus volontiers la gastro-entérostomie que la gastrectomie.

Nous ne citerons que pour mémoire d'autres complications plus rares, l'invagination de la bouche, sa sténose intrinsèque ou par périgastrite, la gastro-jéjunite post-opératoire.

Pour nous résumer, laissant de côté les très graves troubles fonctionnels survenant dans 20 % des cas environ de malades gastro-entérostomisés à tort, et ne nous préoccupant que des risques vitaux que fait courir aux malades l'emploi de la proposition de Gutmann nous arrivons à un coefficient de sécurité très inférieur à celui de son refus. Admettant, en effet, que dans la pratique courante le taux d'erreur radiologique soit de 20 %, que le risque opératoire soit, d'après les statistiques les plus fréquemment utilisées de 2,5 %, nous arrivons à donner un chiffre de 5 % environ, correspondant au risque supplémentaire couru par le malade.

COMPARAISON DES DEUX METHODES

La chirurgie ne se fait pas avec des chiffres et si l'on admet l'hérésie de la statistique en cette matière, à plus forte raison paraîtront hérétiques nos calculs de probabilité et nos pourcentages, encore que nous n'ayons pas mis de décimales à nos chiffres, ni de fraction à nos malades.

Il n'en reste pas moins que sur l'ensemble des faits donnés il existe une différence de l'ordre de un à cinquante, environ, de la sécurité que donnera au malade le refus de la règle de Gutmann et son emploi. Peut-on juger rétrograde, l'idée de faire bénéficier le malade d'une sécurité plus grande, plutôt que lui faire courir un risque commandé par une méthode de diagnostic encore imprécise. Nous ne le croyons pas.

La proposition de Gutmann n'est valable, que si, nous le répétons, le taux de l'erreur radiologique s'abaisse à très peu de chose. Il est possible que certains chirurgiens ayant à leur disposition un Gutmann pour médecin, un Calderon comme radiologue, puissent dans certains cas, opérer, nous serions tenté de dire, les yeux fermés. En pratique sa ligne de conduite est

inacceptable, parce que donnant sûrement un bilan négatif, tant au point de vue vital que fonctionnel entre toutes les mains, peut-être même y compris les siennes.

Si théoriquement elle est justifiée, s'il nous paraît logique que des signes radiologiques puissent apparaître plus précocement et avec plus de netteté que des signes anatomiques, pratiquement son emploi serait détestable.

CONCLUSIONS

1° Il existe des cas rares en matière de diagnostic des ulcères gastro-duodénaux, où avec des signes cliniques et radiologiques nets on ne découvre de lésion que la pièce ouverte en mains.

2° Ces cas se rapportent essentiellement à des ulcères de la petite courbure.

3° Malgré cela, nous ne pensons pas qu'on doive, à ventre ouvert, opérer un malade présentant des signes cliniques et radiologiques d'ulcère, sans qu'on ait pu voir ou palper la lésion — et ce du fait des risques comparatifs de l'acceptation ou du refus de la proposition de Gutmann :

« La concordance absolue de la clinique et de la radiologie, si l'une et l'autre sont typiques, prime les constatations que le chirurgien peut faire à l'opération ».

Vu le Doyen,
ROUSSY.

Vu le Président,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- CARRIER. — « Complications portant sur les anastomoses gastro-intestinales pour ulcères gastro-duodénaux, leur traitement chirurgical », *Science médicale pratique*, 1^{er} juillet 1934.
- DELORE. — « Ulcères récidivants post opératoires appelés ulcères septiques », *Journal de chirurgie*, avril 1925.
- DUVAL, ROUX (J.C.). GATELLIER et MOUTIER. — « Relations entre l'état infectieux des parois gastriques et certains troubles consécutifs à la gastro-entérostomie », *Bull. et Mém. Soc. Nat. chir.*, 13-3-26.
- DUVAL (P.) et AMELINE. — « Sur les vomissements bilieux électifs après gastro-entérostomie », *Journal de chirurgie*, 1933.
- GOSSET (A.). — « Traitement de l'ulcère peptique post-opératoire », *Rapport au XL^{me} Congrès français de chirurgie*, 1931.
- GUTMANN et JAHIEL. — « Oedème transitoire au niveau des bouches de gastro-entérostome », *Presse médicale*, 14-1-31.

GUTMANN. — *Les syndromes douloureux de la région épigastrique*, 1934.

LOEWY. — *Fistules jéjuno-coliques après gastro-entérostomie*, thèse, Paris, 1921.

PAUCHET. — « L'Ulcus jéjunal », *Journal de chirurgie*, novembre 1932.

PAUCHET. — « Traitement des ulcères peptiques », *Sciences médicales pratiques*, octobre 1930.

